



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

LIZANDRA MELO DE ARAÚJO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA DE CICATRIZ DE CESARIANA: DESAFIO DIAGNÓSTICO EM
UM RELATO DE CASO**

PICOS-PI

2025

LIZANDRA MELO DE ARAÚJO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA DE CICATRIZ DE CESARIANA: DESAFIO DIAGNÓSTICO EM
UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes

PICOS-PI

2025

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

A663g Araújo, Lizandra Melo de.

Gravidez ectópica de cicatriz de cesariana: desafio diagnóstico em um relato de caso / Lizandra Melo de Araújo – 2025.

21 f.

1 Arquivo em PDF

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2025.

“Orientador: Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes.”

1. Mortalidade materna. 2. Gravidez ectópica. 3. Parto cesariano. I. Cordeiro, Bianca de Carvalho. II. Nunes, Jefferson Torres. III. Título.

CDD 618.2

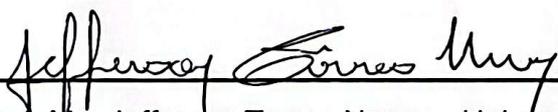
LIZANDRA MELO DE ARAÚJO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA DE CICATRIZ DE CESARIANA: DESAFIO DIAGNÓSTICO EM
UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do Piauí,
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como
requisito para obtenção de título de Bacharel em
Medicina.

Aprovada em 29 de Maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes - Universidade Federal do Piauí



Precep. Esp. Talita Maria Leal Barros - Universidade Federal do Piauí



Prof^a. Ms. Veronica Lourdes Lima Batista Maia – Universidade Federal do Piauí

PICOS-PI

2025

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por sempre acreditar no meu potencial e me oferecer colo, mesmo quando eu não sabia que precisava.

Ao meu pai que me ensinou o valor do conhecimento.

Ao meu melhor amigo, Daniel, por estar ao meu lado em todos os momentos, bons e difíceis.

Ao meu grupo de internato: Marcus, Monique, Thiago e Elise. Pela parceria, pelo companheirismo e por cada momento desta jornada que compartilhamos.

Ao meu mestre e orientador, professor Jefferson, por me guiar com sabedoria e por me ensinar, mais do que medicina, a ser médica.

À Dra. Talita, parte essencial da minha formação, por ser fonte de inspiração e um verdadeiro exemplo para mim.

À Dra. Verônica pelo tempo dedicado e apoio constante.

RESUMO

Gravidez em cicatriz de cesariana é a implantação de um zigoto no local da cicatriz de uma cesariana anterior, que pode acarretar sérias consequências à saúde da mulher, portanto é considerada uma forma rara de gravidez ectópica. Em decorrência da importância e da complexidade do tema, muitas vezes procura-se identificar fatores de risco para gravidez ectópica de cicatriz de cesariana bem como ainda medidas diagnósticas e condutas terapêuticas. A esse artigo tem o objetivo de descrever as dificuldades diagnóstica da gravidez ectópica em um caso clinico bem como seu desfecho.

PALAVRAS CHAVE: Mortalidade Materna; Gravidez Ectópica; Parto Cesariano.

ABSTRACT

Pregnancy in a cesarean scar is the implantation of a zygote in the site of a previous cesarean scar, which can have serious consequences for the woman's health, and is therefore considered a rare form of ectopic pregnancy. Due to the importance and complexity of the subject, attempts are often made to identify risk factors for ectopic pregnancy in a cesarean scar, as well as diagnostic measures and therapeutic approaches. This article aims to describe the diagnostic difficulties of ectopic pregnancy in a clinical case, as well as its outcome.

KEYWORDS: Maternal Mortality; Ectopic Pregnancy; Cesarean Section

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 RELATO DO CASO	8
3 DISCUSSÃO	11
4 CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXOS	17
ANEXO A - Certificado de Aprovação do CEP.....	17
ANEXO B - Regras da revista	18
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido	19

1 INTRODUÇÃO

A gravidez em cicatriz de cesariana foi relatada pela primeira vez por Larsen e Solomon por volta de 1978, e atualmente tem sua incidência estimada em de 1:1.800 a 1:2.216,¹ ocorre em aproximadamente 5% das mulheres diagnosticadas com gravidez que tiveram uma cesariana anterior.² É definida com a implantação de um zigoto no local da cicatriz de uma cesariana anterior,³ que pode acarretar consequências graves a mulher, como sangramento maciço, ruptura uterina, e até histerectomia⁴ e assim afetar a qualidade de vida a longo prazo.⁵

A gravidez em cicatriz de cesariana é considerada uma forma rara de gravidez ectópica, a qual atualmente é considerada uma das complicações de uma cesariana prévia, visto que o ovo fertilizado implantado na cicatriz será circuncidado pelo miométrio e tecido fibroso, resultando assim nessa patologia.⁶ Com a progressão da gravidez, as vilosidades continuam a aderir e implantar no miométrio, o que contribui para o aumento do risco de ruptura uterina, hemorragia maciça e até mesmo situação de risco de vida. Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz são vitais para o manejo desta doença, visto as suas implicações clínicas e possíveis danos a fertilidade das mulheres.⁷

Geralmente a literatura aponta cesariana anterior, intervalo curto entre última cesárea e gestação atual, múltipla paridade, miomectomia prévias, abortos frequentes e espessura reduzida do segmento uterino inferior como possíveis fatores de risco para a gravidez ectópica de cesariana.⁸ Esse artigo tem o objetivo de descrever os desafios e dificuldades em diagnosticar esse tipo da gravidez ectópica em um caso clínico, bem como seu desfecho.

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos, apresenta-se em pronto socorro obstétrico relatando sangramento transvaginal há 3 dias, intensificado há 1 dia, faz uso de anticoncepcional oral combinado de uso regular e nega comorbidades. Ao exame físico encontrava-se hipocorada (3+/4+), astênica e bradicárdica (50 batimentos por minuto), ao toque vaginal foi evidenciado colo fechado e sangramento vaginal de moderada quantidade.

Os exames complementares realizados em caráter de urgência evidenciaram beta-HCG qualitativo positivo, e o ultrassom transvaginal mostrou saco gestacional tópico de 2,8 cm, embrião único, sem atividade cardíaca visível, comprimento cabeça-nádega de 1,6 cm, concluindo assim óbito embrionário no curso da oitava semana. Exames laboratoriais sem alterações significativas porém com hemoglobina de 9.8 g/dL.

A paciente foi submetida a uma curetagem uterina após diagnóstico presuntivo de abortamento retido. Porém a mesma evoluiu no pós-operatório com intenso sangramento transvaginal e sinais de choque hemorrágico, necessitando de hemotransusão e cuidados de terapia intensiva, com hemograma mostrando hemoglobina de 7,6 g/dL. Novo ultrassom transvaginal foi sugestivo de extenso hematoma localizado em região cérvico-uterino (Figura 1).

Figura 1: Lesão ampliada sugestiva de extenso hematoma

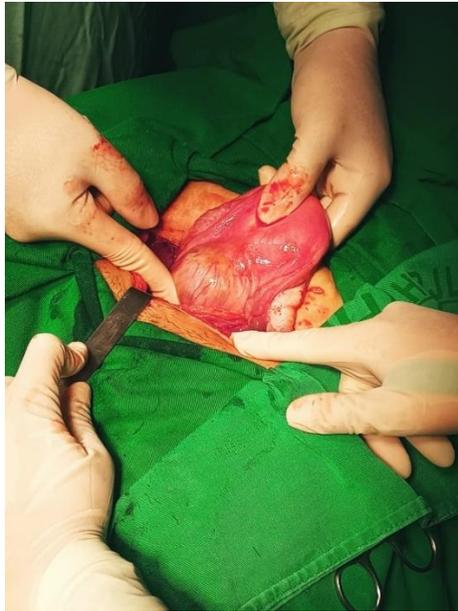


Fonte: Autoria própria

A paciente foi submetida a laparotomia exploratória, na qual evidenciou-se extensa lesão em cicatriz de cesariana prévia (Figura 2), optando-se por histerectomia em decorrência das condições clínicas da paciente (Figura 3 e 4). Anátomo-patológico

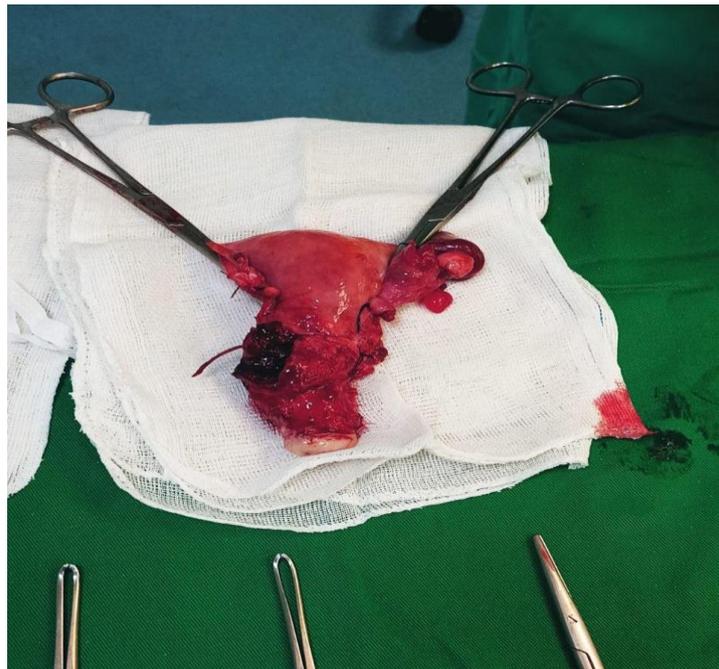
evidenciou material trofoblástico compatível com gestação. A paciente evolui sem complicações recebendo alta por cura.

Figura 2: Útero evidenciando lesão em cicatriz de cesariana prévia



Fonte: Autoria própria

Figura 3: Útero e ovário esquerdo removidos



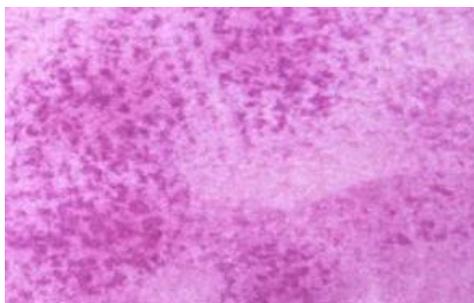
Fonte: Autoria própria

Figura 4: Lesão dissecada do utero



Fonte: Autoria própria

Figura 5: Lesões microscópicas compatíveis com trofoblasto (aumento em 10x)



Fonte: Autoria própria

3 DISCUSSÃO

Nos últimos anos a incidência de gravidez ectópica de cicatriz de cesariana vem aumentando cada vez mais, acredita-se que tal fato esteja relacionada ao aumento do número da taxa cesarianas em todo o mundo. A patogênese desse tipo de gestação não foi bem esclarecida ainda, porém acredita-se que a sua causa esteja relacionada a fissura na cicatriz do endométrio.⁹ Durante a cesariana ou alguma cirurgia intrauterina invasiva, a camada basal e miometrial do útero são destruídos e sua continuidade é interrompida, o que afeta o suprimento de sanguíneo. Então, durante o processo de cicatrização, uma atrofia ou fissura é formada entre o miométrio destruído e o endométrio,¹⁰ ao implantar-se, o trofoblasto gradualmente invade a camada basal ou mesmo a miometrial que muitas vezes já está fina e com pouca elasticidade, e então o tecido gestacional é circundado pelo miométrio e tecido fibroso.¹¹

A medida que a gestação avança com a invasão trofoblástica num tecido uterino fino, a gestação pode ter algumas características evolutivas que permitem a classificação em dois tipos de gestação ectópica em cicatriz, uma que progride para o espaço cervicostômico ou cavidade uterina (tipo I ou endogênica) e outra que invade profundamente o miométrio e a superfície da serosa no nicho cicatricial, podendo progredir inclusive para a bexiga e a cavidade abdominal (tipo II ou exogênica).¹² Como evidenciado macroscopicamente, o caso descrito consiste no tipo II. Conforme a gestação avança com a invasão trofoblástica num tecido uterino fino, pode provocar sangramentos.¹¹ Como observado no caso descrito, visto que a paciente apresentou queixa de sangramento transvaginal e conforme evolução clínica necessitou de hemotransfusão e cuidados de terapia intensiva em decorrência de hemorragia.

Na maioria das vezes, o diagnóstico de gravidez ectópica de cicatriz de cesariana é complexo e requer a combinação da história do paciente, manifestações clínicas e exames de imagem tais como ultrassom abdominal ou transvaginal, e ressonância magnética.¹³ A ultrassonografia transvaginal não é obscurecida pela parede abdominal ou por gases intestinais, portanto tem uma resolução maior e algumas vantagens como de observar a estrutura ecogênica, o fluxo sanguíneo, a parede muscular e a espessura do saco gestacional em comparação com o ultrassom abdominal.¹⁴ O ultrassom é a primeira escolha para o diagnóstico desse tipo de gravidez, e também desempenha um papel importante na orientação do desenvolvimento do plano de tratamento.¹⁵ Portanto, a realização do exame no pré-natal é de extrema importância na certificação da localização do conceito, visto que,

a ausência da realização pela paciente comprometeu a possibilidade de uma intervenção médica precoce.

A avaliação imaginológica em algumas situações pode não ser exata como evidenciado na descrição do caso, visto tratar-se de uma exame operador dependente, em decorrência disso a literatura procura estabelecer alguns critérios ultrassonográficos conforme presença de todas as seguintes características na ecografia endovaginal: placenta e/ou saco gestacional incorporados à cicatriz da histerotomia; nas gestações precoces (≤ 8 semanas), presença de saco gestacional triangular que ocupa o nicho da cicatriz; nas gestações com mais de oito semanas, a forma pode tornar-se redonda ou oval; camada delgada (1 a 3 mm) ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga; canal cervical fechado e vazio; presença de polo embrionário ou fetal e/ou vesícula vitelínica, com ou sem atividade cardíaca; presença de padrão vascular proeminente e intenso no local da cicatriz uterina de cesárea, associado a teste positivo de gravidez.⁹

Não existe uma abordagem ideal em termos de segurança e eficácia terapêutica até o momento, sendo comum a decisão de interrupção da gestação, principalmente pelos riscos envolvidos. Entretanto, vem sendo discutido se a interrupção da gestação é a única opção terapêutica em mulheres assintomáticas e se técnicas cirúrgicas ou não cirúrgicas podem impactar a morbimortalidade e o futuro reprodutivo dessas pacientes.¹⁰

As opções terapêuticas são a conduta expectante ou conservadora, tratamento medicamentoso ou cirúrgico os quais devem ser escolhidos de acordo com a idade gestacional, nível sérico do beta-hCG, viabilidade da gravidez, integridade miometrial, estado clínico e sintomas da paciente, além da paridade e desejo de preservar a fertilidade.⁹ Desses, cinco apresentam resultados promissores como ressecção da cicatriz da cesariana por via vaginal; laparoscopia como guia de imagem em técnica minimamente invasiva; embolização da artéria uterina seguido de dilatação, curetagem uterina e histeroscopia; a histeroscopia após uso sistêmico de metotrexato; a embolização da artéria uterina seguido de dilatação, curetagem uterina sem uso de metotrexato; por último, o ultrassom focalizado de alta intensidade repetido como uma abordagem nova promissora,⁴ porém ainda há necessidade de estudos específicos.

Em decorrência da gravidade clínica da paciente e na tentativa de otimização do procedimento cirúrgico, optou-se por histerectomia. No entanto ressalta-se a importância da preservação uterina principalmente em pacientes jovens como a relatada. Diante desse tipo de gravidez ectópica e das possíveis complicações quando não tratada

adequadamente, a recomendação atual é a interrupção mais precoce da gestação, visando eliminar o conteúdo gestacional e, sempre que desejável, preservar a fertilidade, embora não haja um protocolo bem estabelecido para condução desses casos.¹⁷

4 CONCLUSÃO

Muitas vezes, o diagnóstico preciso para uma tomada de conduta adequada diante de uma gestação ectópica rara como a de implantação em cicatriz de cesariana requer bastante acurácia e capacitação profissional, para que a suspeição diagnóstica sempre seja lembrada em sangramento vaginal no primeiro trimestre da gestação. É necessário ainda, a realização de mais estudos em torno do assunto já que muitas vezes os serviços de saúde registram ainda, casos isolados de gestação ectópica de cicatriz de cesariana sem definição de epidemiologia precisa, bem como, estabelecimento de conduta médica através de protocolos.

Critérios precisos devem ser estabelecidos por meio da ultrassonografia transvaginal para a realização do diagnóstico, além dos diagnósticos diferenciais como abortamento espontâneo em curso e gravidez cervical. Quanto ao tratamento, existem três condutas descritas na literatura, o manejo expectante, clínico e cirúrgico, devendo ser o último, sempre considerado em caso de falhas no tratamento medicamentoso e no diagnóstico tardio.

REFERÊNCIAS

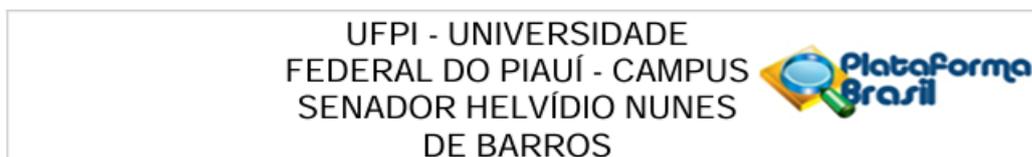
1. Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
2. Hoffman T, Lin J. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Diagnosis With Ultrasound. *Clin Pract Cases Emerg Med* 2020;4:65-8
3. López-Girón MC, Nieto-Calvache AJ, Quintero JC, et al. Cesarean scar pregnancy, the importance of immediate treatment. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020. [Epub ahead of print]. doi: 10.1080/14767058.2020.1742691.
4. Birch Petersen K, Hoffmann E, Riffbjerg Larsen C, et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril* 2016;105:958-67.
5. Botden S, Strijkers R, Fransen S, et al. The use of curved vs. straight instruments in single port access surgery, on standardized box trainer tasks. *Surg Endosc* 2011;25:2703-10.
6. Xia J, Wang R, Yu J, et al. Clinical study on 85 cases with caesarean scar pregnancy. *Qingdao Medical Journal* 2016;48:100-2.
7. Lin P, Huang J, Ding H. Progress of Diagnosis and Treatment for Cesarean Scar Pregnancy. *China Foreign Medical Treatment* 2017;36:190-2.
8. Luo L, Ruan X, Li C, et al. Early clinical features and risk factors for cesarean scar pregnancy: a retrospective casecontrol study. *Gynecol Endocrinol* 2019;35:337-41.
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Easy sonographic differential diagnosis between intrauterine pregnancy and cesarean delivery scar pregnancy in the early first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:225.e1-7.
10. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, et al. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;50:100-4
11. Jain S, Suneja A, Malik R, et al. Cesarean scar pregnancy: a diagnostic dilemma and impending catastrophe. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289:221-2.
12. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(5):731-8
13. Liu K, Li C, Mo X, et al. Progress in diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy. *J Reprod Med* 2016;25:660-3.

14. Wang M, Sun Y. Value of transvaginal color Doppler ultrasonography in the diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy. *China Modern Doctor* 2016;54:97-8, 102, 3.
15. Wu D , Zhang H , He W , Liu X , Song H, Yu T. Experience in management of cesarean scar pregnancy and outcomes in a single center. *Journal of International Medical Research* 2022, Vol. 50(10) 1–11
16. Chen H, Zhou J, Wang H, et al. The treatment of cesarean scar pregnancy with uterine artery embolization and curettage as compared to transvaginal hysterotomy. *Eur J Obste*
17. Elito Júnior J, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol. Obstet.* 2008;30(3):149-59.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: GESTAÇÃO ECTÓPICA EM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: Jefferson Torres Nunes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55159721.3.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.291.004

Obs: Trabalho ramo da pesquisa

ANEXO B

Regras da revista

Diretrizes para Autores

Recomenda-se aos autores que leiam as instruções antes de preparar o artigo e de iniciar o processo de submissão. Somente serão encaminhados aos revisores os manuscritos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas.

A Revista estimula a publicação de trabalhos provenientes das mais diversas fontes, sendo aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O conteúdo do material enviado para publicação não poderá ter sido publicado anteriormente, nem ter sido submetido concomitantemente para publicação em outras revistas. Os conceitos, dados e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

O manuscrito enviado para publicação pode ser redigido em português, inglês ou espanhol e deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da Revista.

Relato de caso (submissões suspensas a partir de 10/09/2024) relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Relato do caso, Discussão e Conclusão. Máximo de 3.000 palavras, contando a parte textual, excluindo resumo, figuras, tabelas e lista de referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Disponível

em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/about/submissions#authorGuidelines>

ANEXO C

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ****CURSO DE MEDICINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Prezado(a) Senhor (a)**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de um trabalho denominado **“GRAVIDEZ ECTÓPICA DE CICATRIZ DE CESARIANA: DESAFIO DIAGNÓSTICO EM UM RELATO DE CASO”**. Esta pesquisa está sob a responsabilidade do pesquisador Lizandra Melo sob orientação do professor Jefferson Torres Nunes (UFPI) e tem como objetivo o registro de um caso clínico raro, bem como tem por finalidade trazer melhores cuidados na saúde da mulher. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone: Jefferson Nunes (86)9470-2095. Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Senador Helvídio Nunes de Barros , Bairro Junco, Picos-PI, telefone (89) 3422-3003, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da

pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos desistência de participantes bem como não localização, porém os mesmos serão contornados aceitação da desistência.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu _____ declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

() Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;

() Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.

() Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

Local e data: _____

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Pesquisador Responsável _____



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAÇÃO ELETRONICA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO NA BASE DE DADOS DA BIBLIOTECA

1. Identificação do material bibliográfico:

[] Monografia [] TCC Artigo

Outro: Relato de Caso

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Medicina

Centro: Universidade Federal do Piauí – CSHNB Picos

Autor(a): Lizandra Melo de Araújo

E-mail (opcional): lizandrameloaraujo@gmail.com

Orientador (a): Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Precep. Esp. Talita Maria Leal Barros

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Membro da banca: Prof^a. Ms. Veronica Lourdes Lima Batista Maia

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Titulação obtida: Bacharel

Data da defesa: 29/05/2025

Título do trabalho: Gravidez Ectópica de Cicatriz de Cesariana: Desafio Diagnóstico em um Relato de Caso

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total:

Parcial: . Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Considerando a portaria nº 360, de 18 de maio de 2022 que dispõe em seu Art. 1º sobre a conversão do acervo acadêmico das instituições de educação superior - IES, pertencentes ao sistema federal de ensino, para o meio digital, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, na base dados da biblioteca, no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: Picos - PI Data: 09 / 06 / 2025

Assinatura do(a) autor(a): Wizanda Melo de Araújo

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).